

та гострим психоорганічним синдромом після припинення деліріозної симптоматики.

Метою дослідження було вивчення динаміки та кореляції неврологічних порушень та гострого психоорганічного синдрому у хворих, що перенесли гостру алкогольну енцефалопатію.

Методи дослідження: клінічний (психопатологічний та ретельне вивчення неврологічного та соматичного станів), електрофізіологічний (електроенцефалографія, реоенцефалографія), методи нейровізуалізації (КТ, ЯМР-томографія головного мозку).

Нами були ретельно вивчені психопатологічні та неврологічні порушення у 80 хворих з гострим психоорганічним синдромом, які перенесли гострий психотичний розлад. У всіх хворих було діагностовано тяжкий стан відміни алкоголю з делірієм (F 10.43 згідно з МКХ-10). Характерною ознакою була наявність порушення функції черепних нервів (II, III, IV, V, VI, VII), оживлення або слабкість рефлексів, вестибуло-атактичні синдроми, дискоординація рухів, прояви полінейропатій — акроціаноз кінцівок та різноманітні чутливі порушення. У деяких випадках у хворих з тяжким деліріозним синдромом мали місце афатичні розлади, дизартрія, вогнищева неврологічна симптоматика. Це є важливим, зумовлює необхідність обов'язкового обстеження цієї категорії хворих лікарем неврологом для виключення гострих порушень мозкового кровообігу та іншої ургентної неврологічної та нейрохірургічної патології. В багатьох випадках диференціальна діагностика потребує проведення додаткових обстежень, таких як люмбальна пункція з дослідженням ліквору та методи нейровізуалізації.

Перш за все, треба відзначити, що на протязі лікування суттєво зменшувалися симптоми, що є характерними для гострої алкогольної енцефалопатії — це значний нистагм, анізокорія, синдром Гудена. Але значно стійкішими вони були у хворих з амнестичним та моріоподібним типом гострого психоорганічного синдрому. Це свідчить про стійкі порушення нервової системи у хворих цих груп з тяжкими формами гострого психоорганічного синдрому (ГПОС). Прояви алкогольного поліневриту різної мірою мали місце в усіх досліджених хворих. В групі хворих з астенічним ГПОС він мав транзиторний характер. Його більша вираженість спостерігалася або в предпсихотичному стані, або безпосередньо відразу після закінчення психотичного розладу. На протязі 10—14 днів спостерігалася повна редукція. Тремор, вегетативні прояви (тахікардія, підвищений артеріальний тиск, гіпергідроз, тремор) супутні стану відміни алкоголю з делірієм редукувалися в усіх групах хворих ГПОС. У хворих з моріоподібним та амнестичним ГПОС з'являлися сухість кожних покривів, гіпотонія, тенденція до зниженого артеріального тиску. Найбільш стійким тремор був у хворих з експлозивним типом ГПОС. У хворих з експлозивним типом ГПОС на відміну від інших груп хворих відзначалася гіперрефлексія, мали місце дієнцезальні симпатоадреналові пароксизми, які супроводжувалися підйомом артеріального тиску, тахікардією, загальним гіпергідрозом та зміною настрою з тенденцією до дисфоричності. Нами був досліджений зв'язок клінічної картини гострого психоорганічного синдрому з деякими анамнестичними даними. Перш за все, аналіз проводили за віком, наявністю дисциркуляторної енцефалопатії та черепно-мозкових травм в анамнезі, тяжких соматоневрологічних захворювань, судомного синдрому в структурі стану відміни, перенесених гострих психотичних розладів в минулому. Виявлено, що в деяких випадках більшої редукції піддавалися неврологічні порушення, ніж психоорганічний синдром, що виникли або загострилися при розвитку гострої алкогольної енцефалопатії. В деяких випадках, навпаки, психопатологічні порушення (в структурі гострого психоорганічного синдрому) піддавалися легшій корекції, ніж неврологічні порушення. При цьому психоорганічний синдром зазнавав більшої редукції у хворих молодого віку при відсутності значущих черепно-мозкових травм в анамнезі. У деяких молодих хворих під час редукції психопатологічної симптоматики стійкими залишалися прояви алкогольного поліневриту. В усіх хворих зі стійкими когнітивними порушеннями, що мали місце після гострої алкогольної енцефалопатії, спостерігалася значна різноманітна неврологічна симптоматика.

Отже, ретельне вивчення неврологічних порушень дозволяє прогнозувати розвиток та характер гострого психоорганічного синдрому у хворих із алкогольною залежністю, що перенесли гостру алкогольну енцефалопатію.

Наявність значних неврологічних порушень є несприятливим фактором щодо розвитку стійких когнітивних порушень.

У деяких випадках ступінь редукції неврологічних порушень не корелювала зі зменшенням проявів психоорганічного синдрому.

УДК 616.89-008.441.13:159.922::615.851

Лесная Н. Н.

*ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии
НАМН Украины» (г. Харьков)*

КОМПЛАЙЕНС БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ: УРОВНИ, ТИПЫ, СИСТЕМА ПСИХОКОРРЕКЦИИ

На основе результатов динамического психодиагностического обследования 90 больных с синдромом алкогольной зависимости описан клинико-психологический феномен комплайенса, определены его основные характеристики, содержание и структура. Комплайенс рассматривается как комплекс представлений, убеждений и действий пациента, обеспечивающий процесс соблюдения терапевтического режима. Структуру комплайенса составляют три функциональных блока: сенсорно-эмоциональный, логический и поведенческий. Сенсорно-эмоциональный блок включает непосредственные впечатления и переживания, вызванные ситуацией лечения. Логический — представлен системой оценок и суждений, используемой для объяснения необходимости лечения и его эффектов. Поведенческий — сформирован мотивами, действиями и поступками по реализации терапевтической программы.

Установлено, что комплайенс больных с алкогольной зависимостью различается по своему уровню и может быть полным (при соблюдении свыше 80 % требований терапевтического режима; 20,00 % больных), частичным (при соблюдении от 20 % до 80 % требований; 62,22 %) и низким (менее 20 % требований; 17,76 %). Терапевтический режим включает соблюдение рекомендованной схемы приема лекарственных препаратов, режим трезвости и посещение психокоррекционных занятий. Показано, что уровень комплайенса детерминирован сложным сочетанием социально-демографических, клинических и психологических факторов. К факторам, способствующим формированию полного комплайенса, относятся позднее начало заболевания, наличие работы и семьи, терапевтические установки на изменение поведения, сензитивный тип отношения к болезни, ответственность и общительность. Факторами, снижающими уровень комплайенса, являются молодой возраст пациента, частые рецидивы, повторные госпитализации, анозогнозия, фаталистические установки, когнитивное снижение и нонконформизм.

Предложена новая типологическая классификация комплайенса, включающая семь его вариантов: конструктивный (наиболее оптимальный), (4,44 %); формальный (формальное отношение к требованиям терапии), (15,56 %); пассивный (подчинение режиму без осознания его необходимости), (18,89 %); симбиотический (зависимость от врача), (11,11 %); нестабильный (спонтанность в соблюдении режима), (27,78 %); негативистический (сопротивление терапевтическим мерам), (7,78 %) и дефицитарный (некритичный к проявлениям болезни), (14,44 %) типы комплайенса.

Разработана, апробирована и внедрена система психокоррекции, направленная на повышение мотивации к лечению и оптимизацию комплайенса. В ходе проведения системы психокоррекции решаются четыре основные задачи: коррекция неадекватных представлений о симптомах и прогнозе заболевания; формирование реалистической модели терапевтических результатов, выработка поведенческих схем соблюдения лечебного режима, выявление и предупреждение риска преждевременного прекращения лечения. Для больных с различными типами комплайенса созданы соответствующие алгоритмы применения психокоррекционного подхода и определены наиболее адекватные стратегии. Оценка результативности разработанной системы психокоррекции доказала ее высокую эффективность.

УДК 616.816:577.11.001.8

Малыхин А. В., Малыхина Н. А., Харченко А. В.

*ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии
НАМН Украины» (г. Харьков)*

ЭНДОГЕННЫЙ СПИРТ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РАЗВИТИЯ СОСТОЯНИЯ ОТМЫНИ АЛКОГОЛЯ

Цель работы: на основе изучения изменения терморегуляции организма, обусловленной приёмом алкоголя, определить взаимосвязь количества экзогенного алкоголя и его влияния на саму терморегуляцию организма, которая обусловлена изменением течения реакции перекисного окисления липидов (ПОЛ).